

S. Pública

SP 27

MATIO MARCEL JUCAS

**ESTUDO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS
PELO INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA 98/1 – UFSC**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no curso de Graduação em
Medicina.

**FLORIANÓPOLIS
1998**

**ESTUDO DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS
PELO INTERNATO EM SAÚDE COLETIVA 98/1 – UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Edson José Cardoso
Orientador: Marco Aurélio Da Ros
Co-orientadora: Maristela Chitto Sisson**

*Para
o grande amigo
e companheiro
de luta Marcão*

**FLORIANÓPOLIS
1998**

matias

Para Jein

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador prof. Msc. Marco Aurélio Da Ros e minha co-orientadora Maristela Chitto Sisson, que sempre estiveram à disposição, ajudando e transmitindo seus conhecimentos;

Ao professor e amigo Pedrão que me mostrou uma nova forma de ver a medicina;

Ao meu filho William, pela oportunidade de crescermos juntos;

Ao amigo Aurélio Picolli Crivelli, Terezinha Serrano e Nilson Barreiros pela valiosa contribuição para realização deste trabalho;

A companheira de curso e amiga Flávia Aiko Sakamoto e seus pais pela capacidade de luta e articulação;

Aos meus primos Altemar e Sandro e seus pais Fernando e Juraci que acreditaram na minha luta;

À minha tia Amélia que sempre esteve presente, me incentivando em todos os momentos da minha vida estudantil;

À minha vó Laura e meu tio Everson, os primeiros a acreditarem na minha luta;

Ao meu irmão pelo apoio e incentivo;

A minha Mãe pelo seu amor e orações.

INDICE

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO	12
3. MÉTODO	13
4. RESULTADOS	14
5. DISCUSSÃO	23
6. CONCLUSÃO	26
7. BIBLIOGRAFIA	28
Resumo	30
Abstract	31
Normas Adotadas	32
Anexos	33

1. INTRODUÇÃO

Em 1978, depois da reunião da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma Ata (URSS), após intensa discussão que reuniu 144 países, ficou ratificado o papel fundamental do Atendimento Primário a Saúde (APS) para se alcançar a Saúde para Todos no ano 2000 (SPT-2000)⁽¹⁾.

A APS, segundo o conceito da OMS, é o nível de atenção capaz de resolver* 85% dos problemas de saúde e ser a porta de entrada do Sistema de Saúde, referindo os 15% restante aos níveis mais complexos de atenção.

O presente estudo visa medir os encaminhamentos médicos realizados pelas unidades de saúde do Distrito Docente Assistencial** nos seis meses de duração do internato médico do primeiro semestre do ano 1998 e comparar os percentuais encontrados com os referidos neste trabalho.

Na realidade, Atenção Primária a Saúde é a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas cientificamente fundamentados e socialmente aceitos, postos ao alcance de indivíduos, famílias e comunidades, mediante a sua plena participação, a um custo que o país possa suportar. Deve estar vinculada a todas as etapas do Plano de Desenvolvimento Nacional⁽²⁾.

A fim de alcançar todos estes objetivos, a Organização mundial de Saúde destaca a importância de retomarem-se as diretrizes da ciência administrativa, que são os estudos da relação custo/benefício, eficácia e efetividade, aplicados

* Para efeito deste estudo, considera-se como resolvidos os problemas que não motivaram encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde.

** Sede do Internato em Saúde Coletiva da 10ª Fase do Curso de Medicina, trabalhando com estratégia de APS.

holístico da APS impõem, de forma estratégica, para a sua implementação, que seja privilegiada a formação de equipes interdisciplinares, e, dentro dela assuma importância o médico de primeira linha.

Em 1964, instituiu-se o regime militar no Brasil. Este fato não foi apenas uma mudança de presidentes. Houve uma profunda transformação na sociedade brasileira. Por Que? Cada regime político dá prioridade a determinados aspectos da vida de uma sociedade. A centralização do poder na área da saúde resultou numa medida drástica: em 1967 unificaram-se os antigos institutos previdenciários, IAPs, das diferentes categorias profissionais, dos bancários, dos comerciários, etc.... no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), mais tarde Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁽³⁾.

A partir de 1988, após a promulgação da Nova Constituição e da aprovação da Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080 de setembro de 1990, bem como das Normas Operacionais Básicas (1993 e 1996), o Brasil passa a contar com modernas diretrizes de saúde, com a criação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Pela Carta Magna, a saúde é reconhecida oficialmente como um direito fundamental do cidadão, sendo dever do Estado zelar pela sua manutenção. Além disto, a saúde é entendida como sendo resultado do desenvolvimento econômico e social.

Em 1993, o Governo Federal põe em prática o Programa de Saúde de Família que garante, além dos pressupostos do SUS: o trabalho comunitário, a territorialização da prática de saúde, a resolutividade a nível de atenção primária de saúde (APS) e a educação em saúde⁽⁴⁾.

No Brasil, os dirigentes do setor de saúde tem definido a importância da APS. Porém, na prática, cada vez mais é dada ênfase para problemas de

âmbito secundário e terciário, com seus procedimentos caros e sofisticados dentro daquela visão de medicina reparadora dos sintomas.

É uma medicina que tem como objetivo principal a cura ou a supressão dos sintomas. Por isto esta prática é vista como curativa. É preocupada mais com a doença e menos com a saúde: ela não enfatiza a promoção da saúde⁽³⁾.

Dá-se preferência no atendimento nos hospitais como centro da atenção, de acordo com o desenvolvimento especializado e tecnológico do mesmo e como núcleo de formação médica em consequência de concepções propostas por Flexner, em 1910⁽⁵⁾. Por isso ela não é capaz de nem de prevenir, nem de planificar a saúde de nossa população⁽³⁾.

Nos últimos anos, têm surgido novas idéias: de um médico ou profissional de saúde com formação e desempenho não somente clínico (curativo), mas também e sobretudo, com uma concepção epidemiológica e social, para o modelo de atenção em que haja predominância e prioridade para a promoção e prevenção, com uma relação profissional de saúde/indivíduo/família/comunidade⁽⁵⁾.

Segundo o venezuelano P. L. Castellanos (1994), para muitos latino-americanos a vida não é compatível com a dignidade do ser humano, pois em grande parte da população verifica-se tão somente a sobrevivência, sem contudo haver a vida em bases mínimas aceitáveis^(6 e 7).

A possibilidade real de que a prática de enfoque familiar constitua-se na proposta estruturante do setor saúde somente será viável se tivermos profissionais que captem a sua essência filosófica.

Para isso precisamos promover uma inversão do modelo assistencial vigente, sabidamente centrado na doença.

Nas universidades deu-se prioridade ao ensino de uma medicina sofisticada, para as doenças que representavam uma pequena incidência. As doenças

simples não são combatidas coletivamente. Disto resultou uma grande dependência da nossa economia à tecnologia importada, uma dependência cultural e um agravamento da saúde da nossa população⁽³⁾.

Algumas Universidades começam a inverter estas prioridades e esta forma antiga de ensino de medicina. Experiência pioneira na Universidade Federal e Minas Gerais – UFMG em 1976 só vai encontrar eco a partir de 1990. Universidades como a da Bahia, Federal Fluminense, Brasília, Marília, Botucatu, etc. ...⁽⁸⁾.

A Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC inicia as mudanças em 1998 com a implantação do internato em Saúde Coletiva implantado na 10ª fase do curso de Medicina. O Departamento de Saúde Pública (SPB) que possuía uma carga horária obrigatória mínima de 270h ou seja 3,71% a ser cursada num total de 7900h mínimas a ser cursada na UFSC para obter a habilitação de Médico passa a contar com mais 461h totalizando 731h ou seja 8,25% de 8861h a ser cursado^(9 e 10).

Caracteristicamente, as doenças comuns na comunidade fora do hospital são de menor raridade, benignas, transitórias e autolimitadas, com tendência muito grande a uma recuperação natural. Tendem a ser muito mais vagas na sua apresentação clínica e são difíceis de se enquadrar em qualquer nome definido dentro da patologia. Frequentemente permanecem indiferenciadas e sem rótulos desde o início até o fim do episódio da doença. Existe muitas vezes uma grande mistura de problemas sociais com a patologia clínica de base e o conjunto deve ser considerado ao mesmo tempo no tratamento⁽¹¹⁾.

Toda educação médica é planejada para ensinar o futuro médico sobre a natureza, diagnóstico e tratamento da doença. Esse procedimento é o correto, mas uma ênfase insuficiente é colocada na apreciação mais verdadeira da história natural, evolução e prognóstico das doenças comuns. Muitas vezes, a

história natural e a evolução dessas doenças são em direção a uma recuperação natural espontânea, que é pouco influenciada pelo tratamento⁽¹¹⁾.

O papel do médico de primeira linha deve ser o de agir como bom diagnosticador, assessor e terapeuta, similarmente aos médicos dos hospitais e dos outros serviços. Além disso, deve servir como coordenador e manipulador dos recursos sociais e de bem estar de sua localidade, além dos recursos diagnósticos e terapêuticos que tem a mão, para o bem do seu paciente. Deve, também, agir protegendo os hospitais e seus especialistas daqueles pacientes que não necessitam de técnicas e serviços especiais e ainda proteger os seus pacientes de hospitalização, investigações e tratamentos desnecessários, por parte de seus colegas especialistas⁽¹¹⁾.

Como no passado, o bom médico de primeira linha deve funcionar como o médico pessoal do paciente, como guia, filósofo e amigo.

A unidade de saúde da família, tecnicamente, passa a ser a porta de entrada do Sistema, com a oferta de uma atuação sanitária que incorpora a lógica da promoção da saúde. Por isso, o PSF passa a ter um poder indutor no reordenamento dos demais níveis de atenção, articulando-os mediante serviços existentes no município e na região.

Intervindo no processo saúde/doença, através de seus determinantes, sem deixar de valorizar o atendimento clínico de qualidade.

A APS define-se como sendo a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, uma vez que alcançam todos os indivíduos e famílias de comunidade, mediante sua plena participação e a custo suportáveis e que dá solução a 80% ou mais dos problemas de saúde da população e cuja estratégia se baseia fundamentalmente em ações de promoção e prevenção⁽⁵⁾.

A PT MPAS 3046/82, que estabelece os critérios nos cálculos de necessidade de cobertura ambulatorial e hospitalar (anexo II), foi feita com base em série histórica e se utilizou basicamente de dados produzidos nos grandes centros. Servindo de modelo para o estado de Santa Catarina até 1997.

A nova proposta que se apresenta foi definida a partir da oferta real de serviços nos anos de 96 e 97, considerando-se todo o Estado (anexo III) e foi elaborada a partir da PT MPAS 3046/82⁽¹²⁾.

Estudos brasileiros sugere que um médico de primeira linha pode manejar até 90% das consultas do ambulatório geral⁽²⁾.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPS) vem desenvolvendo a consolidação do Sistema Locais de Saúde (SILOS) e dá atenção primária como sub-sistemas de saúde, capaz de dar solução a mais de 80% dos problemas da população com tendência diretamente proporcional com seu aprimoramento.

Compatível com as idéias anteriormente citadas que o Departamento de Saúde Pública Propôs-se a integrar o internato no curso de Medicina, que iniciava uma transformação curricular em janeiro de 1988 que contemplou uma iniciativa conjunta do Departamento de Saúde Pública (UFSC), Hospital Universitário (UFSC) e Secretaria de Saúde de Florianópolis, chamado Distrito Docente Assistencial.

O internato médico em Saúde Coletiva 98/1, no período vespertino, contou com 42 discentes distribuídos em quatro dos Centros de Saúde que compõem o Distrito Docente Assistencial: Costeira do Pirajubaé, Itacorubi, Saco Grande II, e Lagoa da Conceição, sendo que o último, devido a maior área física, comportou duas equipes.

Cada um dos cinco médicos supervisores de Medicina Geral Comunitária recebeu oito ou nove discentes, divididos em duas turmas, com quatro ou cinco alunos que, sob sua orientação, desenvolveram atividades duas vezes por semana no Centro de Saúde (8h semanais).

As atividades foram registradas pelos próprios discentes na Caderneta de Acompanhamento e Avaliação do acadêmico (Anexo IV).

Ao final do internato as Cadernetas de Acompanhamento e Avaliação foram recolhidas e os dados concernentes foram tabulados e analisados tendo num total de 6.506 consultas realizadas. É destes dados que me proponho a analisar como foram feito os encaminhamentos, uma vez que pelos dados registrados e acompanhamentos feitos não se pode falar em resolutividade.

2. OBJETIVOS

1. Aferir o número de encaminhamentos realizados pelos Centros de Saúde que compõem o Distrito Docente Assistencial.
2. Comparar os encaminhamentos aos Serviços de Urgência/Emergência e especialidades de maior demanda (Cardiologia, Dermatologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia) com a Proposta de Parâmetro de Cobertura para o Estado de Santa Catarina a partir da PT 3046/82, em vigor até 1997, e a nova Proposta de Parâmetros de Cobertura para o estado.

3. MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, baseado em dados colhidos através da Caderneta do Internato Médico de Acompanhamento e Avaliação dos acadêmicos do Internato Médico em Saúde Coletiva 98/1 da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) ao final do semestre letivo.

Estes dados de encaminhamentos foram considerados por área de especialidade médica, por supervisor médico do internato.

Estas variáveis formaram uma base de dados que foi processada estatisticamente pelos softwares ACCESS e EXCEL.

Após o processamento dos dados, efetuou-se a comparação com os percentuais de encaminhamentos da literatura e com os das oito maiores demandas de especialidades médicas do Estado de Santa Catarina.

Como a classificação de encaminhamentos utilizados pelo estado era diferente da utilizada pelo Internato Médico, as categorias não coincidentes foram denominadas “outros encaminhamentos”.

4. RESULTADOS

Supervisor	Nº. de Consultas	Total de Encaminhamentos	% de Encaminhamentos
1	1860	179	9,6
2	974	91	9,3
3	1167	111	9,5
4	1301	160	12,3
5	1204	187	15,5
Total	6506	728	11,3

TABELA I Números de consultas, Total e Porcentagens de encaminhamento por Supervisor realizados durante o Internato em Saúde Coletiva 98/1 – UFSC.

Encaminhamentos realizados durante o internato em Saúde Coletiva - UFSC -1998-1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Acupuntura	9	1.2
Alergista	11	1.5
Alto risco	16	2.2
Ambulatório	1	0.1
Cardiologia	34	4.7
CIT	1	0.1
Centro de reabilitação	1	0.1
Cirurgia	2	0.3
Cirurgia ambulatorial	20	2.7
Cirurgia geral	7	1.0
Cirurgia ginecológica	8	1.1
Cirurgia pediátrica	11	1.5
Cirurgia vascular	18	2.5
Coleta de preventivo	10	1.4
Colônia Santana	1	0.1
Dermatologia	40	5.5
Emergência	39	5.4
Emergência pediátrica	9	1.2
Endocrinologia	14	1.9
Fisiatria	4	0.5
Fisioterapia	26	3.6
Fonoaudiologia	1	0.1
GAPA	1	0.1
Gastroenterologia	9	1.2
Geriatria	4	0.5
Ginecologia	52	7.1
Hematologia	1	0.1
HLJG	2	0.3
Homeopatia	7	1.0

Encaminhados para Serviço	Total	%
Imunologia	1	0.1
Infectologia	3	0.4
infertilidade	1	0.1
Mastologia	7	1.0
Maternidade	38	5.2
NAPS	8	1.1
Nefrologia	6	0.8
Neonatologia	4	0.5
Neurocirurgia	1	0.1
Neurologia	28	3.8
Neuropediatria	2	0.3
Nutrição	8	25.0
Odontologia	12	1.6
Oftalmologia	72	9.9
Ortopedia	48	6.6
Otorrinolaringologia	47	6.5
Patologia cervical	5	0.7
Pediatria	7	1.0
Planejamento familiar	7	1.0
Pneumologia	5	0.7
Pneumopediatria	1	0.1
Posto	1	0.1
Proctologia	1	0.1
Psicologia	21	2.9
Psiquiatria	9	1.2
Reabilitação	1	0.1
Reumatologia	10	1.4
Urologia	15	2.1
TOTAL	728	100.0

TABELA II Encaminhamentos totais realizados durante o internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC apresentando número total de pacientes encaminhados e respectivas porcentagens por especialidades.

Urgência/Emergência	48	0.73778
Clinicas Especializadas		10.4519
Alergologia	11	0.169075
Cardiologia	34	0.522595
Cirurgia de cabeça e Pescoço	0	0
Dermatologia	40	0.614817
Endocrinologia	14	0.215186
Gastroenterologia	9	0.138334
Genética	0	0
Geriatrics	4	0.061482
Hematologia	1	0.01537
Homeopatia	7	0.107593
Infectologia	3	0.046111
Nefrologia	6	0.092223
Neurologia	30	0.461113
Neurocirurgia	1	0.01537
Oftalmologia	72	1.106671
Ortopedia	48	0.737781
Otorrinolaringologia	47	0.72241
Oncologia	0	0
Pneumologia	6	0.092223
Proctologia	1	0.01537
Psiquiatria	9	0.138334
Reumatologia	10	0.153704
Tisiologia	0	0
Urologia	15	0.230556
Pediatria	13	0.199816
Gineco/Obstetrícia	136	2.090378
Cirurgia Geral	66	1.014448
Outros	97	1.49093
Total	6506	100

TABELA III Tabulação de encaminhamentos realizados durante o Internato em Saúde Coletiva 98/1 – UFSC de forma similar a tabela da Nova Proposta de Parâmetros de Cobertura para o Estado de Santa Catarina a partir da PT 3046/82.

Proposta Antiga		Nova Proposta		Internato	
Serviço	%	Serviço	%	Serviço	%
Urgência/Emergência	15	Urgência/Emergência	5.4	Urgência/Emergência	0.73
Clinicas Especializadas	15.1	Clinicas Especializadas	8.15	Clinicas Especializadas	4.5
Cardiologia	2.1	Cardiologia	1.7	Cardiologia	0.52
Dermatologia	1.1	Dermatologia	0.48	Dermatologia	0.61
Neurologia	1.2	Neurologia	0.45	Neurologia	0.46
Oftalmologia	2.82	Oftalmologia	0.92	Oftalmologia	1.1
Ortopedia	2.9	Ortopedia	1.8	Ortopedia	0.73
Otorrinolaringologia	1.9	Otorrinolaringologia	1.48	Otorrinolaringologia	0.72
Psiquiatria	2.2	Psiquiatria	0.75	Psiquiatria	0.13
Urologia	0.9	Urologia	0.57	Urologia	0.23

TABELA IV Comparativo entre o serviço de urgência/emergência e as oito especialidades de maior demanda de encaminhamento no Internato em nível percentual com as propostas de parâmetros de cobertura para o estado de Santa Catarina a partir da PT 3046/82 e a Nova proposta de parâmetro de cobertura para o Estado em 98.

Encaminhamentos realizados pelo supervisor I durante o internato em Saúde Coletiva - UFSC -1998-1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Acupuntura	9	1.2
Alergista	11	1.5
Alto risco	16	2.2
Ambulatório	1	0.1
Cardiologia	34	4.7
CIT	1	0.1
Centro de reabilitação	1	0.1
Cirurgia	2	0.3
Cirurgia ambulatorial	20	2.7
Cirurgia geral	7	1.0
Cirurgia ginecológica	8	1.1
Cirurgia pediátrica	11	1.5
Cirurgia vascular	18	2.5
Coleta de preventivo	10	1.4
Colônia Santana	1	0.1
Dermatologia	40	5.5
Emergência	39	5.4
Emergência pediátrica	9	1.2
Endocrinologia	14	1.9
Fisiatria	4	0.5
Fisioterapia	26	3.6
Fonoaudiologia	1	0.1
GAPA	1	0.1
Gastroenterologia	9	1.2
Geriatría	4	0.5
Ginecologia	52	7.1
Hematologia	1	0.1
HLJG	2	0.3
Homeopatia	7	1.0

Encaminhados para Serviço	Total	%
Imunologia	0	0.0
Infectologia	1	0.6
Infertilidade	0	0.0
Mastologia	0	0.0
Maternidade	5	2.8
NAPS	1	0.6
Nefrologia	3	1.7
Neonatologia	0	0.0
Neurocirurgia	0	0.0
Neurologia	6	3.4
Neuropediatria	0	0.0
Nutrição	1	0.6
Odontologia	2	1.1
Oftalmologia	16	8.9
Ortopedia	12	6.7
Otorrinolaringologia	16	8.9
Patologia cervical	0	0.0
Pediatria	1	0.6
Planejamento familiar	2	1.1
Pneumologia	0	0.0
Pneumopediatria	0	0.0
Posto	0	0.0
Proctologia	0	0.0
Psicologia	9	5.0
Psiquiatria	2	1.1
Reabilitação	0	0.0
Reumatologia	3	1.7
Urologia	4	2.2
TOTAL	179.0	100.0

TABELA V Encaminhamentos realizados pelo supervisor I durante o internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC apresentando número total de pacientes encaminhados e respectivas porcentagens por especialidades.

Encaminhamentos realizados pelo supervisor 2 durante o internato em Saúde Coletiva - UFSC -1998-1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Acupuntura	1	1.1
Alergista	0	0.0
Alto risco	5	5.5
Ambulatório	0	0.0
Cardiologia	2	2.2
CIT	0	0.0
Centro de reabilitação	0	0.0
Cirurgia	0	0.0
Cirurgia ambulatorial	2	2.2
Cirurgia geral	0	0.0
Cirurgia ginecológica	0	0.0
Cirurgia pediátrica	2	2.2
Cirurgia vascular	0	0.0
Coleta de preventivo	0	0.0
Colônia Santana	0	0.0
Dermatologia	2	2.2
Emergência	7	7.7
Emergência pediátrica	2	2.2
Endocrinologia	3	3.3
Fisiatria	0	0.0
Fisioterapia	0	0.0
Fonoaudiologia	0	0.0
GAPA	0	0.0
Gastroenterologia	0	0.0
Geriatria	0	0.0
Ginecologia	10	11.0
Hematologia	0	0.0
HLJG	0	0.0
Homeopatia	1	1.1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Imunologia	0	0.0
Infectologia	0	0.0
Infertilidade	1	1.1
Mastologia	4	4.4
Maternidade	17	18.7
NAPS	1	1.1
Nefrologia	0	0.0
Neonatologia	0	0.0
Neurocirurgia	0	0.0
Neurologia	4	4.4
Neuropediatria	0	0.0
Nutrição	0	0.0
Odontologia	4	4.4
Oftalmologia	8	8.8
Ortopedia	4	4.4
Otorrinolaringologia	4	4.4
Patologia cervical	1	1.1
Pediatria	0	0.0
Planejamento familiar	2	2.2
Pneumologia	0	0.0
Pneumopediatria	0	0.0
Posto	0	0.0
Proctologia	1	1.1
Psicologia	2	2.2
Psiquiatria	0	0.0
Reabilitação	0	0.0
Reumatologia	0	0.0
Urologia	1	1.1
TOTAL	91.0	100.0

TABELA VI Encaminhamentos realizados pelo supervisor 2 durante o internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC apresentando número total de pacientes encaminhados e respectivas porcentagens por especialidades.

Encaminhamentos realizados pelo supervisor 3 durante o internato em Saúde Coletiva - UFSC -1998-1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Acupuntura	3	2.7
Alergista	0	0.0
Alto risco	3	2.7
Ambulatório	0	0.0
Cardiologia	5	4.5
CIT	0	0.0
Centro de reabilitação	0	0.0
Cirurgia	1	0.9
Cirurgia ambulatorial	1	0.9
Cirurgia geral	1	0.9
Cirurgia ginecológica	1	0.9
Cirurgia pediátrica	2	1.8
Cirurgia vascular	6	5.4
Coleta de preventivo	0	0.0
Colônia Santana	0	0.0
Dermatologia	12	10.8
Emergência	5	4.5
Emergência pediátrica	0	0.0
Endocrinologia	2	1.8
Fisiatria	0	0.0
Fisioterapia	1	0.9
Fonoaudiologia	0	0.0
GAPA	0	0.0
Gastroenterologia	1	0.9
Geriatria	0	0.0
Ginecologia	7	6.3
Hematologia	0	0.0
HIJG	2	1.8
Homeopatia	2	1.8

Encaminhados para Serviço	Total	%
Imunologia	0	0.0
Infectologia	1	0.9
infertilidade	0	0.0
Mastologia	0	0.0
Maternidade	10	9.0
NAPS	2	1.8
Nefrologia	1	0.9
Neonatologia	1	0.9
Neurocirurgia	3	2.7
Neurologia	0	0.0
Neuropediatria	0	0.0
Nutrição	1	0.9
Odontologia	2	1.8
Oftalmologia	11	9.9
Ortopedia	2	1.8
Otorrinolaringologia	9	8.1
Patologia cervical	0	0.0
Pediatria	2	1.8
Planejamento familiar	1	0.9
Pneumologia	4	3.6
Pneumopediatria	0	0.0
Posto	1	0.9
Proctologia	0	0.0
Psicologia	1	0.9
Psiquiatria	1	0.9
Reabilitação	0	0.0
Reumatologia	0	0.0
Urologia	3	2.7
TOTAL	111.0	100.0

TABELA VII Encaminhamentos realizados pelo supervisor 3 durante o internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC apresentando número total de pacientes encaminhados e respectivas porcentagens por especialidades.

Encaminhamentos realizados pelo supervisor 4 durante o Internato em Saúde Coletiva - UFSC -1998-1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Acupuntura	0	0.0
Alergista	0	0.0
Alto risco	2	1.3
Ambulatório	0	0.0
Cardiologia	8	5.0
CIT	0	0.0
Centro de reabilitação	0	0.0
Cirurgia	1	0.6
Cirurgia ambulatorial	10	6.3
Cirurgia geral	2	1.3
Cirurgia ginecológica	5	3.1
Cirurgia pediátrica	4	2.5
Cirurgia vascular	2	1.3
Coleta de preventivo	1	0.6
Colônia Santana	0	0.0
Dermatologia	6	3.8
Emergência	4	2.5
Emergência pediátrica	2	1.3
Endocrinologia	2	1.3
Fisiatria	4	2.5
Fisioterapia	12	7.5
Fonoaudiologia	1	0.6
GAPA	0	0.0
Gastroenterologia	2	1.3
Geriatria	0	0.0
Ginecologia	9	5.6
Hematologia	0	0.0
HLJG	0	0.0
Homeopatia	0	0.0

Encaminhados para Serviço	Total	%
Imunologia	0	0.0
Infectologia	0	0.0
infertilidade	0	0.0
Mastologia	1	0.6
Maternidade	3	1.9
NAPS	0	0.0
Nefrologia	0	0.0
Neonatologia	1	0.6
Neurocirurgia	1	0.6
Neurologia	5	3.1
Neuropediatria	2	1.3
Nutrição	4	2.5
Odontologia	3	1.9
Oftalmologia	22	13.8
Ortopedia	14	8.8
Otorrinolaringologia	10	6.3
Patologia cervical	3	1.9
Pediatria	3	1.9
Planejamento familiar	2	1.3
Pneumologia	0	0.0
Pneumopediatria	1	0.6
Posto	0	0.0
Proctologia	0	0.0
Psicologia	4	2.5
Psiquiatria	0	0.0
Reabilitação	0	0.0
Reumatologia	2	1.3
Urologia	2	1.3
TOTAL	160.0	100.0

TABELA VIII Encaminhamentos realizados pelo supervisor 4 durante o internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC apresentando número total de pacientes encaminhados e respectivas porcentagens por especialidades.

Encaminhamentos realizados pelo supervisor 5 durante o Internato em Saúde Coletiva - UFSC -1998-1

Encaminhados para Serviço	Total	%
Acupuntura	2	1.1
Alergista	2	1.1
Alto risco	1	0.5
Ambulatório	1	0.5
Cardiologia	7	3.7
CIT	0	0.0
Centro de reabilitação	1	0.5
Cirurgia	0	0.0
Cirurgia ambulatorial	4	2.1
Cirurgia geral	0	0.0
Cirurgia ginecológica	0	0.0
Cirurgia pediátrica	3	1.6
Cirurgia vascular	5	2.7
Coleta de preventivo	9	4.8
Colônia Santana	1	0.5
Dermatologia	7	3.7
Emergência	15	8.0
Emergência pediátrica	3	1.6
Endocrinologia	6	3.2
Fisiatria	0	0.0
Fisioterapia	6	3.2
Fonoaudiologia	0	0.0
GAPA	0	0.0
Gastroenterologia	0	0.0
Geriatria	0	0.0
Ginecologia	20	10.7
Hematologia	1	0.5
HLJG	0	0.0
Homeopatia	1	0.5

Encaminhados para Serviço	Total	%
Imunologia	1	0.5
Infectologia	1	0.5
Infertilidade	0	0.0
Mastologia	2	1.1
Maternidade	3	1.6
NAPS	4	2.1
Nefrologia	2	1.1
Neonatologia	2	1.1
Neurocirurgia	0	0.0
Neurologia	10	5.3
Neuropediatria	0	0.0
Nutrição	2	1.1
Odontologia	1	0.5
Oftalmologia	15	8.0
Ortopedia	16	8.6
Otorrinolaringologia	8	4.3
Patologia cervical	1	0.5
Pediatria	1	0.5
Planejamento familiar	0	0.0
Pneumologia	1	0.5
Pneumopediatria	0	0.0
Posto	0	0.0
Proctologia	0	0.0
Psicologia	5	2.7
Psiquiatria	6	3.2
Reabilitação	1	0.5
Reumatologia	5	2.7
Urologia	5	2.7
TOTAL	187.0	100.0

TABELA IX Encaminhamentos realizados pelo supervisor 5 durante o internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC apresentando número total de pacientes encaminhados e respectivas porcentagens por especialidades.

5. DISCUSSÃO

O Internato Médico em Saúde Coletiva 98/1 da Universidade Federal de Santa Catarina mostra através dos dados coletados que uma competente rede de serviços básicos resolve mais de 85% dos problemas de saúde de uma comunidade nos levando a repensar o modelo Flexneriano prevalente que dá preferência ao Hospital como Centro de Formação Médica.

O Internato Médico em Saúde Coletiva 98/1 – UFSC, nas unidades de saúde e seus bairros, realizou 6506 consultas em APS. Destas foram encaminhados 728 pacientes dando uma porcentagem de 11,3% das consultas realizadas, os outros 88,7% dos pacientes não precisaram ser encaminhados à especialistas pois suas doenças eram de manuseio de generalista.

Estes dados superam os conceitos da OMS que define a APS como sendo um nível de atenção capaz de resolver* 85% dos problemas e encaminhando os outros 15% restantes aos níveis da maior complexidades de saúde.

Os dados do Internato reiteram os de Domingues e da OPS que define a APS como sendo capaz de dar atenção a mais de 80% dos problemas da população, com tendência a ser mais resolutiva de forma diretamente proporcional ao seu aprimoramento.

Ficam bem próximos dos dados de Dunçan que traz em sua obra que estudos brasileiros sugerem que um médico de primeira linha pode manejar até 90% das consultas do ambulatório geral.

* Vide observação no rodapé da página 1

Ao analisarmos a PT MPA 3046/82 encontramos uma necessidade de demanda para as Clínicas Especializadas somadas a Urgência/Emergência em 35% do total das consultas e às Clínicas Básicas 65% de sua demanda. Se compararmos com os dados obtidos pelo Internato em Saúde Coletiva.

Pela nova proposta de Parâmetros de Cobertura para o Estado de Santa Catarina, veremos que ela prevê uma demanda de encaminhamentos para as Clínicas Especializadas mais Urgência/Emergência de 15% do total das consultas e as Clínicas Básicas resolveriam 85% da demanda.

Pelos parâmetros da portaria 3046/82 utilizados pelo Estado de Santa Catarina até o presente ano, é esperado uma demanda de 15% do total das consultas para urgência e emergência. A nova proposta de parâmetros para o Estado prevê uma demanda para estes serviços em 5.4%.

Ambas estão longe dos encaminhamentos realizados pelo Internato em Saúde Coletiva 98/1-UFSC que encaminhou para esses serviços 0,73% das consultas, uma redução considerável se comparado com os parâmetros apresentados pelo Estado, ficando perto de uma realidade aceitável de demanda desses serviços nos hospitais. Isso provocaria uma economia para o Estado, já que para funcionar uma Emergência, se requer a compra e a manutenção de um aparato complexo e uma equipe grande de profissionais especializados, podendo portanto se restringir assim ao que é de essência. Mas para isto o Estado teria de oferecer para a população um atendimento em APS adequado.

Se compararmos os parâmetros da Portaria MPAS 3046/82 com o atendimento médico de Urgência/Emergência de 15% e os dados da nova proposta de parâmetros para esses serviços de 5,4% veremos uma redução de 9,6 pontos percentuais, o que não espelha a reclamação dos hospitais, que

referem estar sempre com suas emergências lotadas. O que nos leva a crer que 5,4% da demanda é o suficiente para lotar este serviço.

Se compararmos as Clínicas Especializadas que mais receberam encaminhamentos, ou seja: cardiologia, dermatologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria e urologia, veremos que elas têm um mesmo percentual nos três parâmetros analisados. Mas se observarmos as porcentagens de demanda para essas Clínicas Especializadas, veremos que na Proposta de Parâmetro de Cobertura da PT 3046/82 elas absorveriam 15,12% de demanda, e que pela Nova Proposta de Parâmetro de Cobertura elas absorveriam 8,15% e que pelo Internato, 4,5%, um escore mais baixo em relação às portarias.

Se analisarmos as porcentagens de demanda para essas Clínicas Especializadas de forma individualizada (ver tabela IV nos Resultados), observamos que seus resultados se confrontam, o que nos leva a crer que os parâmetros utilizados pelo Estado (que é uma modificação da PT MPAS 3046/82, que foi elaborada com base em série histórica que se utilizou basicamente de dados produzidos nos grandes centros) bem como a nova Proposta de Parâmetros de Cobertura para o Estado feita com base na produção de serviço de todo o Estado de 96 e 97, não se adequa a realidade local, levando a crer que um estudo regional de demanda exprimiria melhor a necessidade de cada região.

Espera-se que, analisando esses dados colhidos junto ao arquivo do internato, colabore-se para melhor dimensionamento das referências pertinentes a este assunto, para reavaliar a ênfase destes conteúdos no currículo do curso de Medicina, servir de apoio a proposta de educação contínua, colaborar com a Organização do Serviço de Saúde e redimensionar o próprio Internato Médico.

restrito apenas o que lhes são de essência. Mas para isto o Estado teria de oferecer para a população um atendimento em APS adequado.

Se compararmos as Clínicas Especializadas que mais receberam encaminhamentos, ou seja: cardiologia, dermatologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria e urologia, veremos que elas são idênticas nas três análises. Mas se analisarmos as porcentagens de demanda para essas Clínicas Especializadas, veremos que Proposta de Parâmetro de Cobertura da PT 3046/82 elas absorveriam 15,12% de demanda, pela Nova Proposta de Parâmetro de Cobertura elas absorveriam 8,15% e pelo Internato 4,5% sendo preciso nas mesmas um redimensionamento.

Se analisarmos as porcentagens de demanda para essas Clínicas Especializadas de forma individualizada (ver tabela de comparação nos Resultados), veremos que seus resultados se confrontam o que nos leva a crer que os parâmetros utilizados pelo Estado é uma modificação da PT MPAS 3046/82, que foi elaborada com base em série histórica que se utilizou basicamente de dados produzidos nos grandes centros bem como a nova Proposta de Parâmetros de Cobertura para o Estado feita com base na produção de serviço de todo o Estado de 96 e 97 não se adequa a nossa realidade local, nos levando a crer que um estudo regional de demanda exprimiria melhor a necessidade de cada região.

Entendo que, analisando esses dados colhidos junto ao arquivo do internato, posso colaborar para melhor dimensionamento das referências pertinentes a este assunto, para reavaliar a ênfase no currículo do curso de Medicina, servir de apoio a proposta de educação contínua, colaborar com a Organização de Serviço de Saúde, redimensionar o próprio internato.

sólida de um generalista permite que a especialização torne-se uma opção e não uma fuga gerada por um mecanismo de defesa que a vê como uma forma de suprir as lacunas deixadas pelo curso básico.

É necessário também que o acadêmico venha a aprender a fazer medicina junto à população e não fique somente centralizado no hospital, para aprender a resolver os mais de 80% da necessidade da população.

O que se conclui, apesar das limitações do estudo, é que se o objetivo do curso de medicina é formar um médico generalista que no final do curso esteja apto a atender a uma demanda próxima a 90% das necessidades da população o currículo não está em sintonia com o objetivo proposto.

Embora a universidade não tenha o poder de transformar a curto prazo o Sistema de Saúde, ela pode atuar para colaborar com o processo de transformação do mesmo.

6. CONCLUSÃO

O Internato em Saúde Coletiva 98/1 – UFSC conseguiu absorver uma demanda de 88,7% e encaminhou 11,3% de todas as suas consultas, ficando abaixo do percentual da literatura que propõe , 20%. Isso nos faz pensar que uma mudança curricular faz-se necessária para atender esta realidade. Sendo necessário também que o acadêmico venha a aprender a fazer medicina junto à população e não fique somente centralizado no hospital.

O que concludo, embora ciente que os dados por mim levantados sejam poucos, é que se o objetivo do curso de medicina é formar um médico generalista que no final do curso esteja apto a atender a uma demanda próxima a 90% das necessidades da população o currículo não está em sintonia com o objetivo proposto.

Embora a universidade não tenha o poder de transformar o Sistema de Saúde, ela pode atuar para colaborar com a conservação ou a transformação do mesmo.

7. BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF, Cuidados primários de saúde. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS, 1978; 64p.
2. Ducan BB. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
3. Oliveira ER. O que é medicina popular – Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense; 1984.
4. Da Ros MA. A presença de Tyler e Flexner no curso de medicina da UFSC – Artigo da disciplina S.E.. Aprofundamento em Currículo. SC: 1995.
5. Domingues BNR. Programa de saúde da família: como fazer. Minas Gerais: CGE Computação e Gráfica Editora Ltda.; 1996.
6. OPS-OMS de salud. Las condiciones de salud de las Américas. Bol. Epidemiológico. Org. Panam. 1995; 16(2)jul.
7. Costellanos PL. Perfis de mortlidade. OPMS-OMS. Washington DC; 1994.

8. Currículo Escolar/ Curso de Medicina – UFSC. NPD-UFSC. Florianópolis: 1994.]
9. Currículo Escolar/ Curso de Medicina – UFSC. NPD-UFSC. Florianópolis: 1998.
10. XXXVI- Congresso Brasileiro de Educação Médica. O novo ensino médico e a sociedade brasileira. 8º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Recife:1998.
11. Fry J. Doenças comuns: Incidência, natureza e tratamento. São Paulo: Editora Mande Ltda.; 1977.
12. PLANO Municipal de Saúde. Programa de Orçamentação em Saúde. Secretaria do Estado de Santa Catarina; 1993.
13. Chaves MM. Saúde: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro: Guanabara Dois, 1982:32p

RESUMO

O autor faz um breve levantamento sobre Atenção Primária em Saúde (APS) e modelo de formação médica.

Após levantar os encaminhamentos do Internato em Saúde Coletiva 98/1 - UFSC, comparou com os da literatura e alguns aspectos destes dados com os Parâmetros de Cobertura para o Estado de Santa Catarina a partir da PT 3046/82 e com a Nova Proposta de Cobertura para o Estado em vigor em 1998.

Concluindo que o Internato ao encaminhar 11,3% dos pacientes fica abaixo dos 20% previsto pela literatura e que alguns aspectos destes dados se confrontam com os parâmetros utilizados pelo Estado.

ABSTRACT

The author makes a brief research of Primary Attention in Health (APS) and model of medical formation.

After research the directions Boarding school in Collective Health 98/1 - UFSC, he compares the cover parameters to Santa Catarina's State, since PT 3046/82 and the new cover parameters to the state valid in this year (1998).

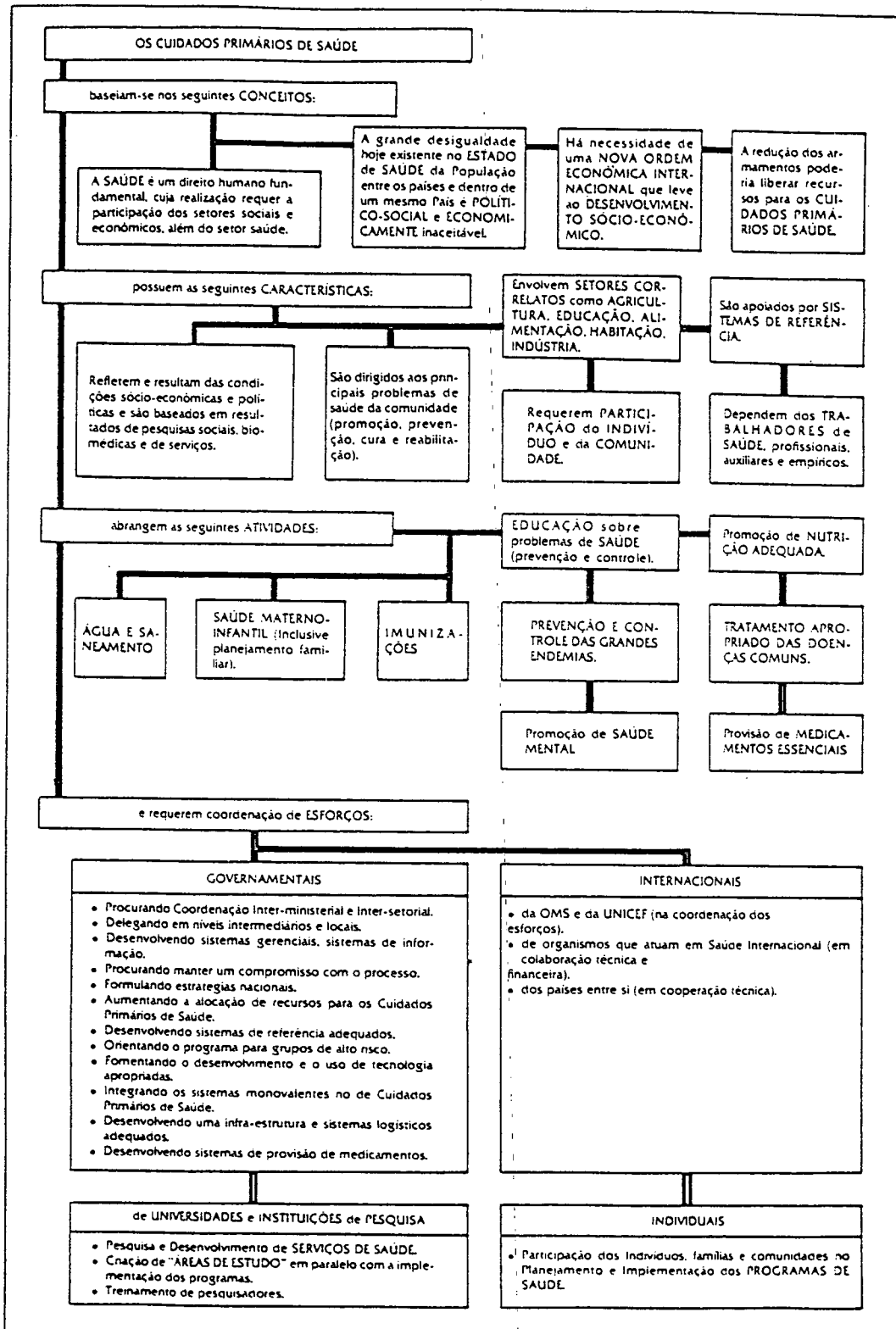
Concluding that the boarding school when directs 11,3% of patients, stands under 20% expected in literature and some aspects in these datas difers from parameters used by state.

NORMAS ADOTADAS

O presente trabalho segue a normatização dos trabalhos científicos do curso de graduação em medicina, resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC – 1998.

ANEXOS

Anexo I



Visão resumida e consolidada dos conceitos e recomendações emanadas da declaração de Alma Ata, segundo Chaves.

Anexo II

Crêterios utilizados nos cálculos de necessidade de cobertura Ambulatorial e Hospitalar

Consultas Médicas

- Parâmetro geral de consultas = 2,34 consulta/habitante/ano.
Parâmetro modificado da PT MPAS 3.046/82, para contemplar a sistemática do SUS, onde a entrada das clínicas especializadas d -se através de consultas nas Clínicas Básicas.
- A partir dessa modifica o e mantendo as mesmas propor es de consultas da PT MPAS 3.046/82, os parâmetros principais são:

Urgência/Emergência	12,8%
Clínica Básicas	72,7%
Clínicas Especializadas	14,5%
Total Geral	100%

- O parâmetro total para cálculo de consultas em Clínicas Básicas foi subdividido proporcionalmente:

Clínica Médica	38,7%
Pediatria	17,3%
Gineco/Obstetrícia	14,2%
Clínica Geral	2,5%
Total das Clínicas Básicas	100%

- As Clínicas Especializadas, na  tica do SUS, e considerando uma resolutividade nas Clínicas Básicas da ordem de 80% representam 20% destas ou 14,53% do total de consultas.

Cálculo para Consultas

1) Total Geral das Consultas/ano =	Popula�o x 2,34
2) Total Geral das Consultas/m�s =	Popula�o x 2,34/12

3) Consultas/mês de Urg. e Emerg.	=	12,8% x Resultado do item 2
-----------------------------------	---	-----------------------------

Clinica Básicas

4) Consultas/mês de Clinica Médica	=	38,7% x resultado do item 2
5) Consultas/mês de Pediatria	=	17,3% x resultado do item 2
6) Consultas/mês de Gineco/Obstet.	=	14,2% x resultado do item 2
7) Consultas/mês de Cirurgia Geral	=	2,5% x resultado do item 2
8) Total Consultas/mês	=	72,7% x resultado do item 2

Clinicas Especializadas

4) Consultas/mês de Traumato/Ortop.	=	2,9% x resultado do item 8
5) Consultas/mês de Oftalmologia	=	2,8% x resultado do item 8
6) Consultas/mês de Psiquiatria	=	2,2% x resultado do item 8
7) Consultas/mês de Cardiologia	=	2,1% x resultado do item 8
8) Consultas/mês de Otorrinolaringologia	=	1,9% x resultado do item 8
9) Consultas/mês de Neurologia	=	1,2% x resultado do item 8
10) Consultas/mês de Dermatologia	=	1,1% x resultado do item 8
11) Consultas/mês de Pneumologia	=	1,0% x resultado do item 8
12) Consultas/mês de Urologia	=	0,9% x resultado do item 8
13) Consultas/mês de Gastroenterologia	=	0,7% x resultado do item 8
14) Consultas/mês de Medicina Física	=	0,6% x resultado do item 8
15) Consultas/mês de Endocrinologia	=	0,4% x resultado do item 8
16) Consultas/mês de Reumatologia	=	0,4% x resultado do item 8
17) Consultas/mês de D. Vasc. Periférica	=	0,3% x resultado do item 8
Consultas/mês de Alergia	=	0,3% x resultado do item 8
Consultas/mês de Proctologia	=	0,2% x resultado do item 8
Consultas/mês de Oncologia	=	0,2% x resultado do item 8
Consultas/mês de Nefrologia	=	0,2% x resultado do item 8
Consultas/mês de Hematologia	=	0,1% x resultado do item 8
Consultas/mês de Neurocirurgia	=	0,1% x resultado do item 8
Consultas/mês de Outros	=	0,5% x resultado do item 8

Parâmetros da Portaria MPAS 3046/82

Consulta Médica	2*
Consulta Odontológica	0.5*
Serviços Complementares	1.4**
Urgência/Emergência	15
Clinicas Básicas	65
Clínica Médica	34.5
Clínica Pediátrica	15.5
Clínica Cirúrgica	2.3
Clínica 6/0	13.3
Clinicas Especializadas	20
Alergologia	0.3
Cardiologia	2.1
Dermatologia	1.1
Doença Vascular Periférico	0.3
Endocrinologia	0.4
Gastroenterologia	0.7
Hematologia	0.1
Medicina Física	0.6
Nefrologia	0.2
Neurologia	1.2
Neurocirurgia	0.1
Oftalmologia	2.82
Traumato/Ortopedia	2.9
Otorrinolaringologia	1.9
Oncologia	0.2
Tisio-Pneumologia	1
Proctologia	0.2
Psiquiatria	2.2
Reumatologia	0.4
Urologia	0.9
Outros	0.5
* por beneficiário/ano	
** Por Beneficiário/ano ou 70% Total das Consultas	
*** Cons./hab./ano	

Anexo III

Nova Proposta de Parâmetros de Cobertura Para o Estado de Santa Catarina a partir da Portaria 3046/82

Atendimento Médico	(a) 2 ***
Urgência/Emergência	5.4% de (a)
Total de Clínicas Básica	85% (b)
Clinica Médica	55% de (a)
Pediatria	16% de (a)
Gineco/Obstetrícia	11.5% de (a)
Cirurgia Geral	2.5% de (a)
Clinicas Especializadas	9.6 de (b)
Alergologia	0.05 de (b)
cardiologia	1.7 de (b)
Cirurgia de cabeça e Pescoço	0.18 de (b)
Dermatologia	0.48 de (b)
Endocrinologia	0.38 de (b)
Gastroenterologia	0.29 de (b)
Genética	0.002 de (b)
Geriatrics	0.04 de (b)
Hematologia	0.19 de (b)
Homeopatia	0.04 de (b)
Infectologia	0.11 de (b)
Nefrologia	0.16 de (b)
Neurologia	0.45 de (b)
Neurocirurgia	0.03 de (b)
oftalmologia	0.92 de (b)
ortopedia	1.80 de (b)
Otorrinolaringologia	0.48 de (b)
Oncologia	0.20 de (b)
Pneumologia	0.41 de (b)
Proctologia	0.08 de (b)
Psiquiatria	0.75 de (b)
Reumatologia	0.25 de (b)
Tisiologia	0.08 de (b)
urologia	0.57 de (b)

Anexo IV

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública/ Divisão SPB do H.U.

I n t e r n a t o e m

S a ú d e C o l e t i v a

Caderneta de Acompanhamento
e Avaliação do Estudante

Índice

I- Carta ao interno

II- Regras do Internato

III- Trabalhos Previstos e Profissionais Responsáveis- TURNO da TARDE

III.1- Territorialização

III.2- Visitas Domiciliares

III.3- Grupos Terapêuticos

III.4- Procedimentos

III.5- Cuidados de Enfermagem

III.6 “Burocracia”

III.7- Dispensação de medicamentos

III.8- Triagem/Acolhimento

III.9- Atendimento Geral

IV- Trabalhos Previstos e Profissionais Responsáveis- TURNO da MANHÃ

IV.1- Seminário- Doenças mais frequentes em Posto de Saúde

IV.2- Discussão de Caso Clínico-Comunitário

IV.3- Atenção e Programa de Creches e Escolas do Distrito Docente/Assistencial

IV.4- Saúde do Trabalhador

IV.5- Diagnóstico de Saúde em áreas para futura implantação do Projeto

V- Pesquisa e programa teórico de Saúde Comunitária

VI- Avaliação

I- Carta ao Interno

Janeiro de 1998 - Iniciamos o Internato em Saúde Coletiva, esperamos que seja o embrião para a futura Residência em Saúde Comunitária ou Saúde da Família.

Durante 18 anos o SPB trabalhou junto com os estudantes da graduação em medicina nos ambulatórios de periferia, sob a forma de programa de extensão. Hoje, fazendo parte de um projeto de Distrito Docente - Assistencial, do CCS, em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e H.U. , o departamento consolida sua participação na formação do médico de nossa UFSC. Nossa contribuição pretende ser a de colaborar para que o estudante de medicina tenha uma visão mais holística do processo saúde/doença, que visualize os determinantes desta situação, que envolva uma prática junto a população antes que ela chegue ao Hospital, antes mesmo que se desencadeie a doença, lá, onde ela habita.

Nosso Internato terá uma carga horária total de 432 horas, e tentaremos fazer nosso melhor possível. A Prefeitura disponibilizou área física, equipamentos e profissionais de saúde na intenção que este internato possa dar certo. O H.U. disponibilizou profissionais médicos, material e serviços de referência com a mesma intenção. O Depto de Saúde Pública, alocou diversos professores: Clair, Eleonor, Marco, Nelson, Sebastião , e mais 2 substitutos a ser contratados em janeiro, para trabalhar neste internato. O CCS tem sido um apoio decisivo, inclusive para disponibilizar material pedagógico.

Como se vê, o esforço tem sido grande, e é um projeto coletivo, mas sabemos que teremos muito a organizar no meio do processo de implantação. Falhas, certamente acontecerão, difícil evitá-las, mas estaremos atentos para corrigi-las o mais rápido possível. Nossa idéia é fazer avaliação quinzenal para alterações de rota que se fizerem necessárias.

Acreditamos, e muito, no que estamos começando a fazer. Agora, depende de nosso esforço, e que todos tenham muito sucesso nesta empreitada de parceria.

Pela Coordenação/ Preceptoría
Prof. Marco Aurélio Da Ros

II- Algumas regras do Internato em Saúde Coletiva

- O internato será dividido em atividades em 2 turnos diferentes. Pela tarde todos alunos da 10 fase participarão simultaneamente, divididos em 2 grupos. Um que desenvolverá atividades prioritariamente nas segundas, terças e quartas - feiras e outro nas quartas, quintas e sextas feiras. No turno da manhã os alunos estarão realizando estágio rotativo em 5 áreas distintas. Uma delas será a saúde coletiva, que terá portanto, um quinto dos alunos. A cada 5 semanas, os estagiários trocarão de área de estágio. Teremos, desta maneira um total de 432 horas por aluno em nosso internato.
- A responsabilidade geral de organização é do SPB. Quaisquer problemas devem ser encaminhados inicialmente para a preceptoria.
- Os alunos poderão definir a área que pretendem atuar por sorteio, ou por acerto comum, mas se houver pelo menos um descontente com o critério utilizado, a definição das áreas será pelo índice acumulado do semestre anterior.
- Uma vez definida a área de atuação, só será possível o remanejamento para outra área se houver troca.
- A falta não justificada a atividade programada é considerada falta grave.
- Durante o turno da manhã as atividades programadas são 5, uma para cada dia da semana. Haverá: Discussão de caso clínico-comunitário, Seminário de doenças comuns, Saúde do trabalhador, Diagnóstico de saúde de áreas para futura expansão do projeto, Trabalho nas creches e escolas do distrito. Para cada atividade existirá um professor responsável. O horário será das 8 às 12 h.
- O turno da tarde se divide basicamente em três grandes blocos. Um deles é a atividade de 4 feiras, de pesquisa, avaliação e teoria de Saúde Comunitária. Metade dos alunos terá orientação de trabalho de pesquisa na sala 920, com horário das 13:30 as 15:30, enquanto a outra metade tem teoria de Saúde Comunitária no mesmo horário, em sala a ser divulgada no dia 5. A cada 14 dias um grupo faz avaliação do desenvolvimento dos trabalhos das 16 as 18, enquanto o outro grupo fica dispensado. Nas atividades junto ao Posto de saúde serão desenvolvidos os outros dois blocos de atividades programadas. Uma delas é a atividade de atendimento clínico a pacientes individualizados e a outra estamos chamando de atividade extra-consultório (são 8 atividades distintas). A descrição destas atividades poderá ser melhor entendida nas páginas seguintes desta caderneta.
- A avaliação do aproveitamento do Internato será realizada através dos registros desta caderneta, pelo médico assistente e pelos professores envolvidos com cada atividade diferenciada.
- Avaliação não é entendida somente como um conceito a ser dado, mas também, e principalmente para sabermos se houve crescimento na formação profissional, se o programa desenvolvido está adequado, o que é necessário mudar, etc...
- Outras regras não explicitadas serão discutidas e anexadas a caderneta ao longo do desenvolvimento de nossos trabalhos.

III- Trabalhos previstos e profissionais responsáveis

Pela manhã:

2º feira- Doenças mais frequentes em Posto de Saúde- Fátima

3º feira- Discussão de caso clínico-comunitário- Eleonor

4º feira- Atendimento e Programação da atenção a saúde das creches e escolas do Distrito docente- assistencial- Renata e professor substituto a ser contratado em janeiro.

5º feira- Saúde do Trabalhador- Sebastião e Clair

6º feira- Prováveis áreas de expansão- Diagnóstico de saúde- Marco

Pela tarde: Postos de Saúde- Médicos-assistentes

Lagoa : Pedro e Sandra

Costeira: César

Saco Grande : Silvana e Renata- metade da tarde cada uma

Itacorobi: Moema

Rio Tavares: Dois professores substitutos a serem contratados em janeiro.

Com o retorno de Fátima(licença para tratamento de saúde), e de Renata (afastada parcialmente para fazer mestrado) haverá remanejamento de postos, com provável ampliação para Saco dos Limões. Portanto, a previsão é de iniciar Rio Tavares em fevereiro, e se possível, S. dos Limões em abril.

Atividade extra-posto- os mesmos médicos, mais os seguintes enfermeiros

Lagoa- Cida 2 vezes por semana em janeiro, e a partir de fevereiro, Claudete

Itacorobi- Cida 2 vezes por semana em janeiro, e todos os dias a partir de fevereiro

Costeira- Simoni

Saco Grande- Nadir

Rio Tavares- Durante o mês de janeiro será providenciado, ainda não sabemos o nome.

Atividades de Pesquisa: Nelson e Maristela

Administração: Maristela e Clair

Preceptoria: Marco e Nelson

Chefe do Depto de Saúde Pública: Elza

Supervisores: Maristela, Marco, e professores substitutos a serem contratados em janeiro

III-1- Territorialização

Um dos jargões utilizados pela Saúde Pública, para explicitar as seguintes atividades: Conhecimento da área onde se vai trabalhar, com o máximo de detalhes possível; Planejamento

de prioridades a partir da localização de problemas de saúde coletiva . A territorialização será desenvolvida através de oficinas de trabalho a ser realizadas no bairro onde se vai atuar. As pessoas-chave que irão desenvolver estas atividades com os alunos do internato serão Maristela, Clair, Renata e Cida. Pretende-se com esta atividade, que o estudante tenha uma primeira visão do lugar onde irá trabalhar no semestre. Áreas de risco. Problemas de esgoto, água, lixo. Indicadores de Saúde daquele bairro. Dificuldades de acesso ao Posto. Escolas, Clubes, Bares, Limpeza Urbana, Classes sociais diferenciadas, Luz elétrica, Áreas de lazer, etc...Embora sabedores dos limites de uma territorialização feita em apenas um dia- 6 horas, optamos por fazê-la de qualquer maneira desta forma, para que por um lado, o estudante saiba da importância desta atividade no início de um trabalho, e por outro, para não sacrificar em muito o tempo já escasso de atendimento a pacientes individuais no ambulatório, sem dúvida uma das atividades mais importantes neste momento da formação do futuro médico.

Avaliação da atividade, no primeiro momento, e ao final do internato(em retrospectiva)
Janeiro:

Junho:

Página extra (se necessária) para avaliação das atividades de territorialização .

III-2- Visita Domiciliar

- Será realizada ou por chamado emergencial ou por agendamento de programas prioritários- por exemplo - paciente adético que não compareceu a consulta agendada.
- As primeiras V.D. serão realizadas pelo estudante acompanhado pelo médico assistente, pelo enfermeiro do Posto, ou pelo supervisor da área.
- Se a emergência assim o requerer, o estudante(com o profissional que o acompanha) encaminha direto para hospitalização. Caso possa aguardar, o estudante colhe a história e retorna ao posto para buscar supervisão.
- Uma das primeiras atividades teóricas das 4º feiras terá por conteúdo, justamente o tema V.D.
- Na V.D. normalmente já se faz um trabalho com toda a família- educacional, sanitário, ou mesmo terapêutico
- Deve haver registro de todas pessoas contatadas, para fins estatísticos e de pesquisa
- O registro da V.D. deve ser feito conforme as indicações abaixo
- A expectativa que temos para o desenvolvimento desta atividade, é de que cada estudante fará pelo menos 12 V.D. em seu período de internato.

V.D. 1- a)Endereço/Referência

b)Motivo da solicitação da V.D.

c)Número do Prontuário

Dados da pessoa que demandou a V.D: d) Data de Nasc:

e) Nome:

f) Sexo

g) Estado Civil:

h) Ocupação:

i) Quantos anos estudou:

- j) Quantas pessoas residem na casa:
- l) Como o demandador da V.D. se sente de saúde:
- m) Conduta: (se encaminhado, para qual serviço?)

V. D. 2 - Repetir as mesmas informações da V.D.1(da letra a até a m)

Avaliação da atividade - o que aprendeu com esta atividade. Pontos positivos e negativos

III-3- Grupos Terapêuticos

É considerada uma das atividades mais importantes em saúde coletiva. Além de favorecer a dinâmica da demanda, potencializa aspectos da terapêutica, evita repetições de explicações sobre a patologia, e lembra de circunstâncias que poderiam passar despercebidas ao terapeuta.

Existirá uma das tardes de 4º feira que será dedicada a aprofundar aspectos desta atividade.

Existem postos de saúde que já desenvolvem atividades de grupo, outros ainda não iniciaram. Nossa idéia é que ao longo do semestre seja formado pelo menos um grupo terapêutico em cada posto, e a expectativa é que cada estudante participe pelo menos de 5 reuniões. Estas reuniões deverão ser acompanhadas pelo médico assistente, pelo enfermeiro ou pelo supervisor de área. Algumas sugestões para formação de grupos: gestantes, alcoolistas, depressivos, hipertensos, diabéticos, mães de R.N., mães de desnutridos, obesos, familiares de adictivos, etc...

Reunião 1- Grupo escolhido (Patologia)

Quem acompanhou?

Quantas pessoas presentes?

Assuntos discutidos:

Impressão /avaliação da reunião

Reunião 2- (repetir as informações solicitadas para reunião 1)

Avaliação da atividade- O que aprendeu? Pontos positivos e negativos da atividade,etc...

III-4- Procedimentos

Estamos considerando como procedimentos aqueles cuidados, pós-consulta, ou até mesmo que tenha originado a consulta, que demande em utilização de material, ou atividade corporal do médica (que não seja a do exame físico). Por exemplo: extração de corpo estranho, bicho-de-pé, sutura, drenagem de abcesso, lavagem de ouvido externo, etc...

Como haverá uma página específica para cuidados de enfermagem, separamos os conteúdos.

Para fins estatísticos, precisamos que todas as atividades/procedimentos sejam registradas em formulário adequado. Mas para fins de avaliação e pesquisa, precisamos da anotação dos seguintes dados abaixo, para cada paciente atendido.

Proced.1 Nome

Núm. Pront:

Data Nasc;

Sexo:

Est.Civil

Anos de estudo:

Ocupação:

Se - Quantos filhos?

End/Localização:

Se foi necessário encaminhamento, para que serviço?

Como se sente de saúde?

Avaliação da atividade. O que aprendeu? Pontos positivos e negativos

III-5- Cuidados de Enfermagem

Estamos considerando, para fins de registro, pelo menos as seguintes atividades, como cuidados de enfermagem: Aplicação de injeção, Curativos, Vacinação, Coleta de material para exame, Esterilização de material. Precisamos acompanhar também este gênero de atividade, mas como não é consulta médica, as informações que desejamos, são mais resumidas.

1. Núm.Pront.

Nome:

Cuidado:

2. Idem

Avaliação da atividade. O que aprendeu? Pontos positivos e negativos

III-6- « Burocracia»

Sem a chamada burocracia, a dinâmica do Posto não anda, as informações se perdem, faltará material, não haverá planejamento, etc... Mas a verdade é que quase ninguém gosta de fazer este tipo de atividade. Mas é preciso aprendê-la, porque depois, em nosso futuro trabalho, teremos que organizar sozinhos, copiando ou melhorando o modelo visto. Portanto, faz parte das atividades do interno saber: Abrir um prontuário novo, localizar prontuário velho, Agendar pacientes para serviços de referência via Central de marcação de Consultas, Agendar prioridades, agendar pacientes, solicitar material de consumo e permanente, Registrar o atendimento-dia. Esta atividade terá seu desempenho avaliado pelo pessoal de enfermagem do Posto, e pelo médico assistente. O registro que pretendemos para esta atividade é o seguinte: Que expectativa tem para esta atividade agora- Janeiro (Pré-Avaliação)?

Junho- O que pode ser entendido como atividade burocrática fundamental para o desenvolvimento dos trabalhos no Posto de Saúde? Que coisas poderiam ser modificadas na dinâmica do Posto? Que aprendizado esta tarefa trouxe para você?

III-7- Dispensa de medicamentos

A função desta atividade estar com um registro diferenciado de outras atividades se prende a sua importância : Prever estoques de medicamentos necessários, Avaliar quais medicamentos são necessários para atender as doenças mais comuns, Revisar conteúdos de terapêutica, Reexplicar para os pacientes as dosagens e tempo de tratamento.

Para registro desta atividade queremos uma pré-avaliação-janeiro- Qual a expectativa? E uma pós-avaliação- Junho- Mudou a pré-avaliação? Que outras importâncias tem dispensar parte do tempo do internato neste tipo de atividade?

III-8- Triagem/Acolhimento

Em princípio, a demanda dos postos de saúde está mal dimensionada. Haveria necessidade de menos famílias por médico, mas isto se deve ao modelo formador, hipertrofiando a especialidade, e atrofiando a formação do médico geral. Em função desta distorção normalmente torna-se necessário organizar a demanda, de forma que se atenda as prioridades e que se postergue aqueles atendimentos que não são emergenciais. Para que isto aconteça torna-se necessário avaliar quais os pacientes que poderão consultar naquele dia, quais os que podem ser agendados para outro dia, quais os na realidade nem precisam consultar em função de sua demanda ser localizada, em pegar um medicamento por exemplo. Esta avaliação depende de uma triagem que nem sempre é uma coisa tão evidente. Entendemos que esta é uma das tarefas mais importantes a ser desempenhadas pelo interno. Para fins de registro, nos interessa saber quantas vezes participou desta atividade, portanto, vale a pena o registro das datas em que fez isto. Além de registrar as datas, queremos também uma avaliação do aprendizado nesta tarefa. Registre-a na página abaixo.

III-9- Atendimento Geral

O que pretendemos com o atendimento de pacientes individuais é que o interno tenha uma noção do que a demanda mais frequente em Posto de Saúde. O estudante terá aproximadamente 10 consultas semanais para atender. Pensamos que 5 consultas novas e 5 reconsultas por semana sejam viáveis. Isto implica num total de 240 consultas ao final do estágio. Destas consultas temos a expectativa de que pelo menos 12 sejam de acompanhamento a gestantes, que 24 sejam de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de crianças menores de um ano, 24 de acompanhamento de doenças crônicas, 12 de doenças marcadamente emocionais. O registro de todas estas consultas é fundamental para a avaliação e para podermos desenvolver as pesquisas que interessam ao serviço de SPB. As informações são as mesmas de páginas anteriores, mas, revisemo-las.

Nome

Núm. Pront;

Data Nasc:

Sexo:

Estado Civil:

Ocupação:

Anos de Estudo:

Motivo da Consulta:

Conduta adotada- Se encaminhado, para qual serviço?

Como ele se sente de saúde?

Endereço/Referência

Quantas pessoas habitam na mesma casa?

Consulta 2 - As mesmas informações. Acreditamos que para registrar as 240 consultas sejam necessárias pelo menos 60 páginas, que serão as que se seguem

IV-1- Doenças mais frequentes em Posto de Saúde

Seminários a ser realizados toda 2ª feira, coordenados pela médica-assistente Fátima. Poderão ser convidados especialistas para a discussão, e também poderá ser delegada a atividade para um estudante apresentar. Serão 5 sessões. É possível mais de uma doença ser estudada no mesmo dia? A avaliação ao longo do processo é que determinará. Queremos que você registre nesta página quais as doenças que foram estudadas no seu dia de seminário, e também a sua avaliação da atividade. O que aprendeu? Como esta atividade poderia ser melhorada?

IV-2- Discussão de caso clínico-comunitário

Atividade coordenada pela Dra. Eleonor, Prof. Do SPB. Na primeira reunião, o caso será ou fictício, ou de experiências anteriores. A partir da segunda reunião será sorteado qual o posto que trará o caso para ser discutido. Exemplo de caso: Criança com diarreia, filha de mãe depressiva e desempregada, e de pai alcoolista, ganhando 2 S.M. mensais. E tendo dois irmãos em idade escolar. Queremos que seja registrado um resumo das discussões.

Caso 1

Avaliação da atividade. O que aprendeu? O que pode ser melhorado na dinâmica das discussões de caso?

IV-3- Atendimento e Programação das creches e escolas do Distrito Docente-Assistencial

Atividade coordenada inicialmente pela médica-assistente Renata, e a posteriori por Professor substituto que será contratado em janeiro. A idéia é fazer controle de saúde, desde avaliação de estado nutricional, até acompanhamento de desenvolvimento e avaliação oftalmológica em todas as escolas e creches da área. Não temos claro a capacidade que teremos com 8/9 alunos uma vez por semana. Teremos que dimensionar ao longo do processo. A prioridade será atender as localidades onde temos o posto de saúde do distrito funcionando, para garantir acompanhamento de eventuais patologias detectadas. Solicitamos que seja registrado que escola/ creche foi atendida por você, e que dados chamaram sua atenção. Ao final do registro faça uma avaliação da atividade. A importância da mesma, o que você aprendeu de novo? Como melhorar a atividade? Ou o que há de negativo na mesma?

IV-4- Saúde do Trabalhador

A idéia é mais do que teorizar a respeito de saúde do trabalhador. É colocar o estudante em contato com ambulatórios que atendem doenças profissionais, acidentes de trabalho, que se acompanhe perícias da Delegacia do Trabalho. Quando estamos redigindo esta página para a caderneta, ainda não temos a atividade completamente dimensionada. Estamos em contato com Celesc, Casan, Telesc, Del. do Trabalho, e algumas já se colocaram a disposição de colaborar. Nossa expectativa é que até o início do internato, dia 5 de janeiro, já tenhamos tudo definido. Os responsáveis serão Prof. Sebastião (férias em janeiro), e Profa. Clair. De qualquer forma deixamos o restante da página em branco para fazer avaliação.

IV-5- Diagnóstico de Saúde em áreas fora do Distrito Docente-assistencial

Existem algumas comunidades que demandam a Universidade ajuda para saber o que fazer em termos de organização de serviços de saúde. Nossa possibilidade no momento se restringe a bairros ou municípios próximos de Florianópolis, e se trata de conhecer a área, avaliar com as lideranças as potencialidades e restrições. Fazer um diagnóstico e se possível, tentar viabilizar terapêutica. Comunidades que já requereram: Jardim Zanelatto (São José), Cristo-Redentor (ao lado do M.da Mariquinha-Fpólis), Enseada do Brito, Praia da Pinheira. Iniciaremos pelo Jardim Zanelatto e esta atividade, como todas as demais está sujeita a avaliação depois de iniciada, para ser melhorada, ampliada, modificada ou até mesmo suprimida se assim for a avaliação. Será centralizada pelo Prof. Marco do SPB, e será feita as 6º feiras, com encontro em lugar previamente estabelecido as 8:30. O espaço seguinte é para ser preenchido com dados da comunidade em que foi feito o diagnóstico, e após, a avaliação.

V-Atividades de Pesquisa e Teoria de Medicina Comunitária

Será centralizada pelo Prof. Nelson e pela médica Maristela. Toda 4º feira metade da turma trabalha das 13:30 as 15:30 em pesquisa. Desde as estabelecimento das linhas de pesquisa que interessam ao Distrito, como as que possam viabilizar trabalhos de conclusão de curso. Portanto, serão 12 encontros para discutir metodologia, e organizar os futuros médicos para pensar em pesquisa como uma das atividades prioritárias do novo médico a se formar na UFSC. A outra metade da turma no mesmo horário estará tendo aula de temas pertinentes ao desenvolvimento do trabalho prático, com o Prof. Marco. Serão também 12 encontros, onde minimamente serão discutidos os seguintes pontos: Visitas Domiciliares, Grupos Terapêuticos, Relação Profissional de saúde-paciente em comunidade, Noções de Planejamento Estratégico em saúde, Trabalho inter-disciplinar, Sistema de Complexidade Crescente, e outros a ser definidos entre os estudantes e o professor. O grupo que tiver atividade de pesquisa, as 16 hs faz avaliação de como está se desenvolvendo o trabalho, para que se possa corrigir trajetórias agilmente. O trabalho de pesquisa e de teoria de saúde comunitária também devem sofrer o processo de avaliação. O espaço da página abaixo é para isto. O que aprendeu de novo com estas atividades? O que deve ser feito para aperfeiçoar? Quais são os pontos negativos?

VI-Avaliação

Para o Internato em Saúde Coletiva, o mecanismo de avaliação mais abrangente é o da auto-avaliação, e para isto, entre outras coisas serve esta caderneta. Ao final do semestre, revise cada item do índice e veja se houve real benefício para a formação do futuro médico um estágio em Saúde Coletiva? O espaço da folha abaixo é para ser preenchido por você com aquilo que considera importante numa avaliação e deve culminar com um conceito. É claro que não será o único conceito. Cada responsável por atividade atribuirá um conceito. O peso destes conceitos será diferenciado, cabendo a auto-avaliação um terço do conceito final. Portanto, até para seu próprio interesse, não deixe de anotar as atividades desempenhadas no dia a dia. Uma sugestão final: O Posto encerra suas atividades as 19 horas, e o atendimento é suspenso as 18:30 para deixar o Posto organizado para o próximo dia. Aproveite esta meia hora e registre tudo o que fez no dia. Um bom trabalho para nós.

TCC
UFSC
SP
0027

N.Cham. TCC UFSC SP 0027
Autor: Jucas, Matio Marçe
Título: Estudo dos encaminhamentos reali



972809277

Aç. 254105

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM